POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE. DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Luty.	ROCZNIK CZTERNASTY.	1912.

I. PRACE ORYGINALNE.

O potworniakach oczodołu.

Podał

Dr KONRAD RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Przyp. 1-szy S. Cn., 16-letnia. Prawa gałka oczna i części otaczające zupełnie prawidłowe.

Szczelina powiek lewego oka jest cokolwiek węższą. Gałka bardzo nieznacznie wysadzona i również bardzo nieznacznie przesunięta ku dołowi i ku wewnątrz. Rodzice utrzymują, że zmiany w położeniu gałki spostrzegli dopiero przed rokiem.

Przez cięcie w skórze i w powięzi około 4 cm długości w kierunku brzegu dolnego brwi w części jej skroniowej dokonane, po rozsunięciu brzegów rany z łatwością dał się ująć okrągły guz. Zapomocą cienkiego powrózka był on przyczepiony do okostnej w okolicy szwa policzkowo-czołowego.

Wycięty guz miał postać podługowatą. Dłuższa oś pionowa wynosiła 1·5 cm, krótsza pozioma 1 cm; był on twardy,

nieprzeźroczysty. Rozcięcie (w kierunku dłuższej osi) wykazało, że był to torbiel. Zawartość jego w postaci kaszy stanowiły: liczne spłaszczone warstwy komórek naskórka, pomiędzy niemi tłuszcz, w znacznej ilości cienkie włoski (meszek), w znacznie mniejszej grube włosy. Tylna, mniejsza znacznie połowa torbiela była barwy białawej, wygląd miała skóry, grubość jej wynosiła około 2 mm, była porosłą włosami. Przednia, większa część barwę miała bladoróżową, przypominała raczej błonę śluzową, grubość jej wynosiła 1 mm. W tylnej części mieliśmy w istocie budowę skóry, jakkolwiek znacznie zmienioną. Grubość jej wcale nie była jednostajną — od 2 mm nawet tylko do 0·5 mm. Grubość przybłonka wynosiła od 90 do 30 μ, bardzo znacznym przeto ulegała zmianom. Co do warstw jego najmniej rozwiniętą była warstwa komórek zrogowaciałych. Warstwa ziarninowa w niektórych miejscach wcale nie dawała się spostrzegać, komórki jej zawierały bardzo niewiele keratohyaliny. Komórki podstawowe na nieznacznych tylko przestrzeniach kształt miały sześcienny, często bardzo przybierały kształt zupełnie płaski Brodaweczek w ścisłem znaczeniu wyrazu w skórze wcale nie mieliśmy; niekiedy natomiast warstwa komórek podstawowych tworzyła na częściach jakby długie fałdy. Samo się przez to rozumie, że *pars papillaris* wcale nie mieliśmy, natomiast *pars reticularis* zawsze była widoczną. Budowa jej tem się chyba różniła od prawidłowej, że zawierała znacznie większą ilość komórek. Grubość jej znacznym bardzo ulegała zmianom, w zależności od tego, czy znajdowały się w niej torebki włosowe i gruczoły. Co do pierwszych, mniej liczne znacznych wymiarów położone były zawsze głębiej, przeciwnie cebulki mchu znajdowały się w warstwie bliżej powierzchni położonej. Dość liczne gruczoły łojowe bardzo dobrze były rozwinięte, jakkolwiek zraziki ich bardzo były małe, znajdowały się przeważnie w warstwie powierzchownej, zajmując często całą prawie grubość skóry właściwej, która zatem w tym obrębie wcale nie była przechowaną. Gruczoły potowe były bardzo nieliczne, kłębki ich nadto bardzo słabo rozwinięte, najczęściej były zwyrodniałe

o tyle, że tylko z kształtu zewnętrznego poznać w nich można było gruczoły potowe. W dwóch miejscach nadto widoczne były dość grube pęczki włókien nerwowych i gładkich mięśniowych, a te ostatnie nie zostawały w żadnym stosunku do gruczołów potowych. W niektórych miejscach w warstwie przybłonkowej widoczne były wyraźne pęknięcia. Przez otwory powstałe do istoty tkanki otaczającej w znacznej ilości wstępowała zawartość torbiela, tworząc w ten sposób jakby dodatkowe dość znacznej niekiedy wielkości kaszaki. Że w istocie mieliśmy tu tylko pęknięcia, dowodzi tego okoliczność, że nietylko w brzegach przybłonka, lecz nawet w skórze właściwej nie mieliśmy widocznej reakcyjnej sprawy zapalnej. W istocie więc w tylnej części ściany torbiela budowa miała wszelkie cechy skóry, co prawda niezupełnie prawidłowej.

W przedniej połowie torbiela mieliśmy budowę zupełnie odrębną. Przejście tylnej połowy do przedniej odbywało się niezawsze jednostajnie. Bardzo zmiennem było zachowanie się warstwy przybłonka w jednych miejscach stawała się ona stopniowo coraz cieńszą i na samej granicy stanowiła ją tylko zaledwie z 1—2 warstw naskórka utworzone cienkie pasemko. To znów warstwa przybłonkowa, zbliżając się ku brzegowi, stawała się coraz grubszą, warstwa zaś naskórka pokrywała cały brzeg, często też w postaci bardzo cienkiej blaszki była zawiniętą ku wewnątrz. Widoczne były nadto zmiany w warstwie właściwej skóry, mianowicie w pobliżu miejsca przejścia w tkance jej wszędzie znacznie więcej było komórek, dokoła zaś naczyń powstawały jakby pochewki utworzone przez nacieczenie drobnokomórkowe. Warstwę wewnętrzną ściany torbiela w tej części przedniej stanowiła już bynajmniej nie skóra, lecz tkanka pod względem budowy zupełnie podobna do ziarninowej, grubości od 1 do 3 mm, która często tworzyła znaczne wyniosłości skierowane ku wewnątz. Komórki tkanki postać i wielkość miały bardzo rozmaite. Okrągłe lub podługowate, o dużych jądrach. Komórki zajmowały przeważnie warstwę najbardziej wewnętrzną, istoty międzykomórkowej było tu bardzo mało. Często też zwłaszcza we wspomnianych

wyniosłościach komórki bardzo się słabo barwiły lub wcale nawet nie. Dalej znajdowały się podługowate, często bardzo długie komórki, o wyraźnych bardzo jądrach z jąderkami, które zatem miały wygląd przybłonkowych. Komórki te były ułożone w warstwy równoległe, lub też tworzyły jakby sieci, pośród których znajdowały się drobniejsze znacznie komórki. Gdy w warstwach głębszych istota międzykomórkowa wcale prawie nie była widoczną, w kierunku ku zewnątrz widoczną już była włóknista tkanka łączna, która często tworzyła pętle, uzupełnione przez komórki epiteloidalne, które większe tu znacznie były, nadto w zarodzie ich wyraźnie występowało żółtawe zabarwienie, przeważnie rozlane, niekiedy jednak spowodowane obecnością żółtawych drobnych ziarenek. Prawdopodobnie komórki te posiadały jedno tylko jądro, o pochodzeniu ich nicbym nie mógł powiedzieć.

Widoczne były inne jeszcze komórki. Kształt miały przeważnie trójkątny, znacznie były większe, jądra były bardzo znaczne; wielkości, bardzo odgraniczone posiadały zawsze bardzo wyraźne jąderka i nie liczne grube rozgałęzione wyrostki. Najzupełniej przypominały one komórki zwojowe.

W istocie tkanki przedniej części torbiela we wszystkich warstwach, zarówno w powierzchownych jakoteż w głębokich znajdowały się bardzo liczne włosy, przechodzące w najrozmaitszych kierunkach, zawsze prawie otoczone dokoła przez komórki olbrzymie, które często tworzyły wyrodne |niekiedy bardzo nawet grube otoczki. Komórki te posiadały niezliczoną ilość jąder, w warstwie wewnętrznej bardzo się słabo barwiły. Ciało ich stanowiło drobnoziarnkowate zbiorowisko zarodzi, jądra położone były dokoła obwodu, lub też w jednej tylko części komórki. Kształt komórek był rozmaity i najzupełniej zależał od ciśnienia części otaczających.

Najbardziej widocznem to było w warstwach zewnętrznych, które zawierały więcej znacznie tkanki włóknistej — były tu zawsze bardzo spłaszczone. Nić zapomocą której torbiel był przyczepiony do szwa policzko-czołowego składała

się ze zwykłej włóknistej tkanki łącznej; żadnych innych pierwocin w niej nie znalazłem.

Przypadek 2-gi. J. S. 4 letnia. W lewem oku zmian zgoła żadnych. W prawem — gałka bardzo nieznacznie wysunięta ku dołowi i ku zewnątrz, po za tem zmian żadnych. Rodzice utrzymują, że jakkolwiek ostatnio gałka więcej cokolwiek przesunęła się ku zewnątrz, to jednak nieprawidłowość w położeniu gałki spostrzegli niebawem po urodzeniu dziecka. Przez cięcie zbliżone bardzo do dokonanego w poprzednim przypadku, wyciąłem guz, który również był umocowany zapomocą powrózka do pogranicza czołowej kości z sitową.

Torbiel kształt miał okrągły. Zalałem go do celloidyny, poczem cięcia na skrawki były dokonane w kierunku poziomym. Średnica torbiela = 1·1 cm. Zawartość stanowiły: tłuszcz, nawarstwiony naskórek, nieliczne grube, ciemne włosy przypominające rzęsy i bardzo liczne włoski o budowie meszku, zupełnie niezabarwione.

Ściana torbiela nie jednostajnie była grubą do 0·5 mm, w tylnej części była znowuż zupełnie odmienną. Tylna warstwa miała budowę skóry, przednia, mniejsza cokolwiek — budowę tkanki ziarninowej. W pierwszej połowie wewnętrzna powierzchnia była nierówną, widoczne były na niej mniej liczne grube ciemne i bardzo liczne cienkie blade włoski. Zrogowaciałe komórki tworzyły warstwę bardzo niejednostajnej grubości; w niektórych miejscach były one ułożone tylko we dwie warstwy.

Warstwa komórek ziarnkowatych w wielu miejscach była przerwaną. Podstawowe komórki jakkolwiek wszędzie widoczne w wielu miejscach kształt miały zupełnie płaski, brodaweczek wcale nie było, Warstwa skóry właściwej zawierała dość znaczną ilość komórek.

Torebki grubszych włosów znajdowały się w głębszych jej warstwach, torebki meszku przeważnie w warstwach powierzchownych. Gruczoły łojowe były dość liczne, lecz bardzo drobne, spłaszczone, położone często prawie bezpośrednio pod przybłonkiem, rzadziej znacznie w warstwach głębszych; w tym

ostatnim przypadku skóra właściwa, zwykle bardzo cienka, znacznie grubszą się stawała. Utworów zbliżonych do gruczołów potowych wcale nie było.

W głębszych warstwach skóry, w środku tylnej połowv tylnej ściany, widzieliśmy na nieznacznej przestrzeni bardzo drobne utwory torbielowe, wysłane przybłonkiem bądź walcowatym, bądź płaskim. Nadto w pobliżu pasemka, zapomocą którego torbiel był przyczepiony do kości widzieliśmy dość znaczne zbiorowisko komórek o budowie zupełnie odrębnej: były one podługowate lub okrągłe o znacznej wielkości jądrach — były jakby gołe jądra — posiadały liczne bardzo rozgałęzione wyrostki. Przypominały one najzupełniej komórki glejowe środkowego układu nerwowego. W pobliżu tych komórek znajdowały się również pęczki gładkich włókien mięśniowych.

Przednia, mniejsza znacznie część ściany torbiela składała się, jak i w pierwszym przypadku torbiela skórzakowego, z tkanki ziarninowej. W warstwach wewnętrznych przeważnie były komórki okrągłe, które nadto słabo bardzo oddziaływały na bąrwiki, istoty międzykomórkowej wcale tu prawie nie było. Dalej ku zewnątrz komórki były większe, posiadały jądro bardzo bardzo wyraźne, przypominały komórki przybłonkowe i tworzyły wysepki, pomiędzy któremi znajdowały się dość wyraźne przegródki z tkanki znajdowały się dość wyraźne włóknistej, co jeszcze widoczniejszem było w warstwach najbardziej zewnętrznych.

Nadto w istocie tej tkanki widoczne były najpierw utwory, w których nie trudno było rozpoznać zanikłe gruczoły łojowe, nadto bardzo liczne włosy i meszek, ułożone w kierunku równoległym lub ukośnym względem powierzchni, dokoła zupełnie prawie otoczone przez komórki olbrzymie. Pośród tej tkanki ziarninowej znajdowały się jednak, jedna bliżej brzegu wewnętrznego, druga w samym środku prawie tylnej ściany dwie wysepki o budowie skóry, z których pierwsza miała 1 mm długości i 0·5 mm szerokości, druga — 0·5 mm długości i 9·2 mm szerokości. Przybłonek tych wysepek pod wzglę-

dem budowy nie różnił się od przybłonka tylnej skórnej połowy torbiela. Grubszych włosów wcale tu zresztą nie było; gruczoły łojowe były bardzo drobne i bardzo nieliczne.

Co się tyczy stosunku brzegu przybłonka do tkanki ziarninowej, to w obrębie wspomnianych odosobnionych wysepek brzeg przybłonka był bardzo zgrubiały, warstwa zaś zrogowaciała pokrywała go zupełnie, przechodząc nadto na nieznacznej przestrzeni na tkankę ziarninową. W warstwie skóry właściwej wcale nie było widocznem nacieczenie drobnokomórkowe dokoła narzyń. Co się tyczy pogranicza tylnej i przedniej ściany torbiela, to stosunek wzajemny był zupełnie odmienny. Tu tkanka ziarninowa wszędzie prawie obrastała z powierzchni brzeg skóry, jakby zastępując na pewnej przestrzeni warstwy przybłonka, głębiej zaś znajdowały się zupełnie jeszcze dobrze zachowane torebki włosowe i gruczoły łojowe. W warstwie skóry właściwej dawało się spostrzegać nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń, obok zaś włosów i meszku znajdowały się dokoła liczne zbiorowiska komórek olbrzymich.

O torbielach skórzakowych oczodołu pierwszy obszerniej pisał Berlin (Graefe i Saemisch. Handb. d. gesammt. Augenheilk. Wyd. 1-sze cap. XI). Do roku 1880 znalazł on w literaturze 70 podanych przypadków, do których dodał trzy nowe spostrzeżenia, utrzymuje on, że z tych przypadków 39 bezwarunkowo kwalifikują się jako skórzaki, do skórzaków zalicza on również wszystkie prawie inne przypadki torbieli oczodołu, prócz chyba bardzo nielicznych, z których jedne pochodzenie swe zawdzięczają wynaczynieniom, inne zać stanowiły przepukliny opon mózgowych. Zawartość torbieli niekiedy może być płynną, przypominającą olej, mimo to mają one zupełną budowę skórzaków. Jednakże już Wecker (Traité complet d'ophtalmologie T. IV, str. 823) zwrócił uwagę na okoliczność, że Berlin niesłusznie zaliczył do skórzaków 23 przypadki. Mitwalsky (l. c. str. 189) wykreślił sześć przypadków, których budowa stanowczo nic wspólnego ze skórą

nie miała. Odtąd jednak przybyło trzydzieści kilka przypadków, w których bezwarunkowo rozpoznać należy skórzaki, względnie potworniaki. Co się tyczy umiejscowienia ich, Berlin utrzymywał, że najczęściej znajdują się one w wewnętrznej okolicy oczodołu, to samo sprawdza się również dla późniejszych przypadków. Berlin i Lagrange (l. c. str. 673) utrzymują, ze potworniaki mogą powstawać w samym oczodole, lub też przesuwać się do oczodołu z części otaczających. De Lapersonne (arch. d'optalm. XIII str. 657. 1893) spostrzegał przypadek, w którym torbiel skórzakowy powstał początkowo nad lewą brwią, poczem powoli rósł w kierunku ku oczodołowi i powiece. Przypuszcza, że początkowo znajdował się on w zagłębieniu przedniej ściany jamy czołowej, następnie zniszczył obie blaszki kostne i przesunął się do oczodołu. Jako ogólną charakterystykę tych tworów, Lagrange podaje, że: 1) nie są one wcale połączone ze skórą; 2) natomiast bardzo często są połaczone ze skieletem zapomocą pasemek, lub nawet tworzą dołki z przedziurawieniem kości, przedziurawienie zaś to bynajmniej nie jest spowodowane przez ciśnienie, lecz jest wprost rozwojowe. Dodam, że utwory najczęściej są przyczepione do kości w miejscach, gdzie znajdują się szwy kostne i mają twarde i grube ściany.

Mackenzie (Traité des maladies des yeux, trad. Varlomont str. 473) wyraźnie mówi, że zawsze znajdują się one poza obrębem lejka mięśniowego. bardzo rzadko są zrośnięte z mięśniami i wyjątkowo tylko z gałką oczną. Późniejsze opisy o zrośnięciach tych wcale nie wzmiankują, prócz tylko Mitwalsky'ego, który spostrzegał zrośnięcie torbiela z nerwem wzrokowym.

Utwory te są bezwarunkowo wrodzone, mogą jednak powiększać się później, przeważnie w wieku po 10 roku życia, w którym to czasie, jak udowodnił już Lücke, wszystkie wrodzone skórzaki zawsze się zwiększają. To jest jeden powód do zwiększania się początkowo zawsze wrodzonych skórzaków. Lecz jest inny jeszcze. Jak obszerniej będzie mowa niżej, torbiele skórzakowe zawsze prawie ulegają sprawom

zapalnym, ściany ich w znaczej części ulegają zropieniu, tracą sprężystość, a wskutek tego worek znacznie się rozciąga.

Co się tyczy budowy, to budowę skórzaka pierwszy rozpoznał w nich Lebert (Mémoires de la société do biologie 1852. T. IV), wyraźnie odróżniał je od kaszaków i jemu też zawdzięczamy nazwę »skórzaków«. Budowę skórzaków brzegu oczodołu dokładniej zbadał Mitwalski, jak również jeden przypadek w głębi oczodołu położony (Arch. f. Augenh. XXIII, str. 9 1891).

Wielkość skórzaków oczodołu bywa bardzo rozmaitą — od wielkości grochu do bardzo znacznej. Tak w przypadku Jastrau (Jahresberichte Nagels 1901, str. 212) tak dalece był on wielki, że objętość obok brzegu oczodołu wynosiła 32 cm. Od wielkości utworu zależy mniej lub więcej znaczne przesunięcie i wyrodzenie gałki ocznej.

Co się tyczy pierwocin skóry, to występują one nie zawsze w równej mierze wyraźnie. Warstwy przybłonka niezawsze wszystkie są przechowane, brodaweczki najczęściej wcale niewidoczne.

Włosy są dwóch rodzajów: większe, zupełnie rzęsy przypominające, z torebkami w głębokich warstwach ściany położone i bardzo drobne i cienkie o budowie zwykłego meszku skóry, których torebki są położone w warstwach powierzchownych. Co się tyczy warstwy skóry właściwej, to budowa jej o tyle się tylko różni od zwykłej, że znajduje się w niej więcej znacznie komórek tkanki łącznej.

Zawartość torbieli — liczne komórki naskórka, tłuszcz zwykły, cholesteryna, włosy grubsze i cieńsze, lub też tłuszcz płynny, przypominający oliwę. Takie torbiele zaliczano dawniej do osobnej kątegoryi torbieli olejowych.

Verneuil (Bull. et mémoires de la société de chirurgie 1877 t. III str. 1) pierwszy dokładniej opisał trzy takie przypadki i znalazł w nich ściany o budowie skóry. Stwierdzili to późniejsi badacze i obecnie mamy już w literaturze kilkanaście takich przypadków dokładnie opisanych przeważnie przez francuskich autorów.

Gdy dawniej chodziło raczej o ustalenie w utworach tych budowy skórzaka, Vassant i Broca (Arch. d'ophtalm. t. III p. 318, 1883) pierwsi w opisie skórzakowego torbiela o zawartości olejowej zwrócili uwagę na okoliczność, że ściana torbiela składała się w dwóch zupełnie odmiennych części, z których tylko mniejsza znacznie i z okostną zrośnięta miała typową budowę skóry, pozostała zaś znacznie większa część składała się z włóknistej tkanki łącznej, pośród której znajdowały się, jak wyraźnie z opisu wypada, komórki olbrzymie. Hildebrandt (l. c.) i Goldmann (l. c.) badając skórzaki pierwszy jajnika, drugi wyrostka sutkowego również spostrzegali w torbielach miejsca nie pokryte przybłonkiem, — zastępowała go tkanka ziarninowa z bardzo znaczną przymieszką komórek olbrzymich. Kuntze (Ueber maligne Tumoren der Orbita 1885) znajdował w błonie przybłonkowej brak, wypełniony przez tkankę ziarninową. Była ona obfitą dokoła naczyń krwionośnych, nadto tworzyła wyrostki skierowane ku środkowi torbiela.

Pfalz (Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. 1885 str. 289) w warstwie przybłonka również znajdował częste braki, które wypełniała tkanka ziarninowa. Mitwalski ze swoich przypadków w 5 tylko znalazł w całej ścianie budowę skóry; we wszystkich innych mniej lub więcej znaczne obszary powierzchni były pozbawione skóry — zastępowała ją nowowytworzona obfita w komórki tkanka, przeważnie z komórek okrągłych, epiteloidalnych i olbrzymich złożona — tkanka ziarninowa, która powstaje wskutek sprawy zapalnej w warstwie właściwej skóry. Od zwykłej tkanki ziarninowej, o cechach sprawy przewlekłej tem się różniła, iż zawierała wielką ilość włosów i komórek olbrzymich. Tkanka często tworzyła wyrostki do istoty torbiela skierowane. Raz powstałe owrzodzenie posuwa się dalej: 1) drogą podprzybłonkową — obfite nacieczenie drobnokomórkowe w przyległej skórze. Torebki włosowe i gruczoły łojowe ulegają zniszczeniu, najdłużej pozostają włosy zupełnie przez tkankę ziarninową obrosłe, nie łatwo ulegają zniszczeniu również gruczoły

potowe, ponieważ znajdują się one, jak wiadomo, w warstwach głębszych. Niekiedy ulegają one jednak zwapnieniu; 2) drogą otoczenia brzegu skóry przez tkankę ziarninową z obu powierzchni jego. Po zniszczeniu skóry, ściana torbiela łatwiej ulega rozszerzeniu wskutek ucisku przez zawartość — torbiel zwiększa się, a sprawę tę Mitwalski słusznie uważa za wtórne rozwinięcie torbiela, klinicznie często bardzo spostrzegane. Zawartość torbiela wywołuje w ścianie jego podrażnienie nietylko mechaniczne, lecz nadto chemiczne.

To ostatnie jeszcze wyraźniej występować może, gdy ściany ulegają pęknięciu, a wtedy zawartość torbiela wstępuje do istoty tkanki otaczającej.

Co się tyczy komórek olbrzymich Mitwalski utrzymywał, że stanowią one niezbędną część składowa tkanki ziarninowej skórzaków i powstają wskutek podrażnienia chemicznego przez zawartość torbiela. Moje przypadki zaprzeczają temu stanowczo, — komórki olbrzymie spowodowane były li tylko obecnością w istocie tkanki włosów. Wykazał to już dawniej Marchand (Zieglers Beitrage Ad. VII, str. 2).

Tkanka ziarninowa powstaje kosztem drobnych komórek okrągłych, zawdzięczających swe pochodzenie wystąpieniu z naczyń lub mnożeniu się stałych komórek tkanki łącznej.

W pobliżu miejsca owrzodzenia komórki wkrótce stają się większe, bardziej obfite w zarodzie a jądra przybierają kształt podługowaty, zaś dokoła włosów powstają komórki olbrzymie.

Dalej komórki przybierają kształt epiteloidalny, przeistaczają się w krótkie włókna, jądra przybierają kształt wrzecionowaty, wkrótce powstają naczynia, czyli — rozpoczyna się sprawa zabliźnienią. Zabliźnienie to odbywa się w całej grubości ściany torbiela jednocześnie, lub też początkowo w warstwie obwodowej, a wtedy warstwy wewnętrzne pozostałej tkanki łatwo ulegają martwieniu. Część jednak ściany torbiela zachowuje zdaje się zawsze budowę skóry.

Lagrange (Ann. d'oculistique T. CXXXIII, str. 321, 1910) już dawniej spostrzegał owrzodzenie ściany torbiela.

Chavasse (Arch. d'ophtalm. XXI, str. 645, 1901) spostrzegał braki w skórze, ścianę torbiela stanowiącą. Owrzodzenie ściany torbiela skórzakowego Lagrange spostrzegał w innym jeszcze przypadku (Revue génerale str. 475, 1902). Peschel (Beitrage zur Augenheilkunde, Festschrift Hirschberg 1905) spostrzegał znaczne zgrubienie ściany torbiela spowodowane obecnością tkanki jamistej limfatycznej, bardzo nadto były liczne komórki tuczne. Helbronn (Münch. med. Wochenschr. str. 475, 1905) znajdowal w ścianie torbiela wysepki z tkanki chrząstkowej.

Już te spostrzeżenia wyraźnie przemawiają za okolicznością, że na pozór zwyczajne torbiele skórzakowe oczodołu mają budowę bardziej skomplikowaną. Lecz mamy jeszcze inne spostrzezenia. Lagrange razu jednego (Arch. d'ophtalm. XV str. 1, 1875) znalazł w ścianie torbiela zarodkową neuroglię. Mitwalski w swoim przypadku skórzakowego torbiela oczodołu (l. c. str. 141) znalazł w części ściany wysepki chrząstki szklistej i blaszkę kości, w pobliżu zaś tej blaszki śluzową tkankę, a pośród niej typową komórkę zwojową. Nadto w ścianie torbiela znajdowały się pęczki włókien nerwowych o pochewkach rdzeniowych i bardzo drobne torbiele, które jednak nie posiadały własnego swego przybłonka. Jakkolwiek obecność tych utworów wyraźnie przemawia za tem większą potwornością utworu, Mitwalsky chciałby widzieć w nich tylko zmiany wtórne w ścianie torbiela. Van Duyse (Éléments d'embryologie et de tératalogie de l'oeil p. 409) w torbielu skórzakowym oczodołu znalazł obfitą w komórki tkankę, która zawierała nawet komórki zwojowe. Przypomnę, że z własnych moich przypadków w pierwszym spostrzegałem pęczki gładkich włókien mięśniowych i nerwów; komórki zwojowe, w drugim zaś: pęczki włókien gładkich mięśniowych (przy braku gruczołów potowych), bardzo drobne torbiele dodatkowe w istocie samej skóry i komórki neuroglii.

Widzimy więc, że dokładniejsze badania torbieli skórzakowych oczodołu wykazały w nich cechy dla potworniaków bardziej jeszcze wybitne, szczególniej zaś podkreślę okoliczność,

że znaleziono w nich nietylko komórki zwojowe, lecz nawet neuroglię, któratao okoliczność udowadnia ścisłego zawiązku utworów tych z mózgowiem.

W literaturze znajdujemy opis obszernych o nader skomplikowanej budowie potworniaków, których skórzaki stanowią tylko najmniej rozwinięte postacie. Przypadków takich mamy pięć. Broër i Weigert (Virch. Arch. LXVII, str. 518, 77) opisali przypadek potworniaka oczodołu, w którym znaleźli bardzo liczne torbiele i pierwociny kiszki.

Lawson (The Lancet 1883, str. 684): — guz pochodził od kości klinowej, zawierał bardzo liczne torbiele i chrząstkę. W przypadku Courant (Centralblatt f. Gynaecologie XVII str. 740, 1893) guz wielkości jabłka stanowiły: tkanka łączna wszelakiego gatunku, mięśnie, gruczoły gronowe, łojowe, torebki włosowe, chrząstka i kość. W przypadku Lagrange'a (Arch. d'ophtalm. XV, str. 536, 1906) bardzo obszerny guz wypełniał cały oczodół, znajdując się w połączeniu z jamą mózgową i szczęką górną. Składał się on z tkanki łącznej i z zarodkowych komórek nerwowych o słabej zarodzi i większych jądrach (neuroglia?) W przypadku de Waele i Lewuillon (Annales d'oculist. p. 135, 1901) guz wrodzony rósł bardzo szybko, zawierał torbiele, składał się przeważnie z neurogli, posiadającej miejscami komórki zwojowe. Znaleziono nadto resztki zawiązku początkowego gałki: barwik naczyniówki, barwik siatkówki, zarodkową siatkówkę i ślady soczewki.

Ewetzky (Wiestnik oftalm. T. XXV 1008) opisał przy padek guza wrodzonego, który rósł bardzo szybko. Badanie anatomiczne wykazało, że na budowę jego składały się dwa typy tkanek: nerwowej — zupełnie rozwiniętej neurogli z ułożonemi w niej licznemi komórkami zwojowemi i tkanki łącznej. Nadto znajdowały się kość, chrząstka, tkanka mięśniowa, torbiele pokryte wszelkiego rodzaju przybłonkiem, tkanka tłuszczowa, nerwy. Wkrótce po operacyi nastąpiła recydywa o budowie przeważnie skórzaka, pierwiastków nerwowych wcale prawie nie było. Ewetzky przytacza nadto opisane do-

przypadki przepuklin mózgowych, które miała pod względem budowy za zupełnie podobne do swego przypadku przed recydywą, a utwory te za przykładem Łysienkowa (Przepukliny mózgu 1896 po ros.) określa jako potworniaki wrodzone o budowie odrębnej = acephalomy. Te zaś mogą pozostawać w bezpośredniem połączeniu z mózgiem, lub też następnie oddzielać się od niego — *cephaloma separatum.*

Lecz mamy inne jeszcze przypadki. Już w rrku 1880 Axenfeld opisał przypadęk (Die Missbildungen d. menschl. Auges Tom. VI, fig. II), w którym guz oczodołu posiadał niewyraźną kończynę. W przypadku v. Hippel'a (Arch. f. Ophthalm. XIII, 1) wrodzony guz pozagałkowy objął jakby obrączką zaczątkową gałkę, w tkance zaś jego znajdowały się: chrząstka, torbiele, skóra, włosy, mięsień, tkanki gruczołowe torebki limfatyczne. Wreszcie Mizno (Arch. f. Augenh. LXV, 4, 1910) opisał jedyny, o ile mi wiadomo przypadek, w którym potworniak oczodołu występował w postaci ledwo niezupełnie rozwiniętego zarodka z zaczątkowemi kończynami, a głową bezgłowa, przyczepionego za pomocą szypułki, która przechodziła pod gałką do dna oczodołu, odsuwając gałkę ku górze, ułożony był nadto w gładkiej jamie na modłę owodnej. Czy znajdowały się w potworniaku gałki oczne, — stanowczo nie twierdzi. W każdym razie Mizno słusznie określił swój przypadek jako *orbitopagus parasiticus.* Stanowi on jednak tylko najbardziej rozwiniętą postać potworniaka, bo jeśli cofniemy się wstecz nie trudno się przekonać, że mamy cały szereg postaci przejściowych, które stopniowo zbliżają się do pospolitych skórzaków. Nie mogę pominąć milczeniem, że pierwsze przypadki torbieli skórzakowych opisane były bardzo pobieżnie.

Poprzestano tyłko na określeniu cech skórzakowych guzów; dokładne jednak wyniki otrzymać można tylko przy zbadaniu całego guza, gdyż pewne pierwociny mogą znajdować się tylko w bardzo nieznacznej części ściany guza. Otóż jak nadmieniłem już, w dokładniej opisanych przypadkach, prócz pierwocin skóry, w ścianach torbieli oczodołu znaleziono: kość,

chrząstkę, drobne torbiele, komórki zwojowe lub też bardzo do nich podobne, a co o wiele ważniejsze — neuroglię. Oczywiście obecność tych tkanek usuwa granicę pomiędzy na pozór zwyczajnymi skórzakami, a guzem mięszanym, który się znowuż zbliża do *epignatus*.

Przejdźmy do genezy torbieli skórzakowych, względnie potworniaków oczodołu. W r. 1852 Verneuil wypowiedział zdanie, że torbiele oczodołu powstają kosztem pokrycia skórnego szpary czołowo-szczękowej, mianowicie gdy zakrycie tej szpary, która dzieli występ czołowy od pierwszego łuku skrzelowego napotyka przeszkody. Wypowiedział on to przypuszczenie bynajmniej nie pod wpływem poglądów, wypowiedzianych przez Remaka. Te ostatnie znalazły odgłos dopiero w pracy Helschla (Vierteljahrsch. p. prakt. Heilk. 1860. str. 36). Wypowiedział on zdanie, że torbiele skórzakowe są zwykle wrodzone i przyznał słuszność twierdzeniu Remaka, że utwory przybłonkowe położone daleko od powierzchni powstają wskutek zadzierżgnienia komórek przybłonka powierzchni we wczesnym okresie rozwoju. Wszelako gdyby w istocie tak być miało, widzielibyśmy później pewne wskazówki co do łączności skórzaków ze skórą.

Taką łączność mieliśmy jednak w dwóch tylko przypadkach. Od torbieli prowadziły do powierzchni skóry przetoki, lecz w obu razach przetoki powstały znacznie później po urodzeniu, powtóre były pochodzenia urazowego. Natomiast w dokładniej opisanych przypadkach zawsze widziano, iż były one przyczepione do kości, właściwie do kostnych szwów za pomocą powrózków, jakby osobnych więzadeł wieszadłowych. Obecność obok pierwiastków skóry kości, chrząstki, nawet komórek zwojowych i zupełnie do nich podobnych, nie zaprzeczałaby jeszcze twierdzeniu, że torbiele skórzakowe oczodołu powstają wskutek wgłębienia pierwiastków skóry z powierzchni. Lecz w utworach tych znajdujemy neuroglię, ta zaś na powierzchni nie znajduje się.

Przypomnę nadto, że w wielu przypadkach obszerne potworniaki oczodołu łączyły się bezpośrednio z mózgowiem za-

pomocą szerokich otworów w kości, że w przypadku Ewetzkiego udział tkanki mózgowej w budowie potworniaka bardzo był znaczny, niemal wyłączny, a jednak badanie recydywy po pierwszej operacyi powstałej wykazało w guzie wyłącznie już prawie pierwociny skóry.

Przytoczone tu okoliczności, zdaniem mojem, stanowczo usuwają teoryę wgłobienia pierwiastków skóry z powierzchni. Chcąc wytłumaczyć powstawanie tych guzów, zwróćmy się do wczesnego okresu rozwoju zarodka. Jeśli przy utworzeniu rurki mózgowej niektóre pierwociny listka górnego pozostaną w połączeniu z rurką, to przy powstawaniu pęcherzyków pierwotnych ocznych mogą one wraz z nimi posunąć się daleko bardzo w okolicę przyszłego oczodołu. W dalszym biegu rozwoju, po utworzeniu pęcherzyka wtórnego, powstająca dokoła tegoż siatka krwionośna — przyszła naczyniówka, oderwać może te przyrosłe pierwociny listka górnego od gałki ocznej, a wtedy znajdą się one swobodnie położone w oczodole. Wyjątkowo mogą one jednak nie oddzielić się od gałki, a w takim razie pozostaną zrośnięte z mięśniami, gałką, a co jeszcze może ważniejsze — z nerwem wzrokowym. A przypadki takie były przecież spostrzegane.

Jestem zdania, że chyba zbłąkaniem się pierwocin listka górnego dać się również może wytłumaczyć powstanie utworu torbielowatego o budowie kaszaka, który niedawno opisałem. (Post. okulistyczny).

Mięsak lymfatyczny mięska łzowego
(Lymphosarcoma carunculae lacrymalis).

Podał

Dr K. JARNATOWSKI
Poznań.

Różne spostrzegano w okolicy mięska łzowego i załamka półksiężycowatego spojówki nowotwory łagodne i złośliwe.

W rzędzie łagodnych zachodzą obok przyrodzonych znamion, skórzaków i torbieli skórzastych włókniaki, brodawczaki, naczyniaki, chłoniaki i gruczolaki.

Złośliwymi guzami stwierdzonymi w tej okolicy są nabłoniaki i mięsaki. Ostatnie względnie częściej się napotyka niż tamte i są one zwykle barwikowe. Cztery rodzaje tychże się rozróżnia: mięsaki naczyniaste i czerniaczkowe, limfatyczne i włókniakomięsaki i tak załamek półksiężycowaty spojówki, jak i mięsko łzowe samo mogą być punktem wyjścia owych narośli. Bardzo rzadko napotyka się mięsaki limfatyczne i zwykle z miejscem powstania w załamku półksiężycowatym (*Piccoli, de Lieto Vollaro*). Niniejszem podaję do wiadomości przypadek mięsaka limfatycznego, który o tyle wzbudza zajęcie, że wytworzył się wprost z mięska łzowego, i że jest bezbarwikowym.

6. X. 1911 stwierdziłem u chłopca 14-letniego R. zupełnie zdrowego w kącie wewnętrznym lewego oka narośl wielkości dużego grochu o szerokiej podstawie, średnio miękką i pokrytą błoną śluzową zupełnie zdrową.

Nowotwór powstał wyraźnie z mięska łzowego, gdyż załamek półksiężycowaty można było przez rozwarcie szerokie powiek dobrze uwydatnić. Nie tylko przy rozwartych powiekach uwydatniał się guz w całej pełni, lecz i między zamkniętemi powiekami sterczała część narośli w kącie wewnętrznym oka na zewnątrz. Nowotwór przeszkadzał przy zamykaniu powiek i powodował mechanicznie łzawienie oka. Oko samo jest zdrowe.

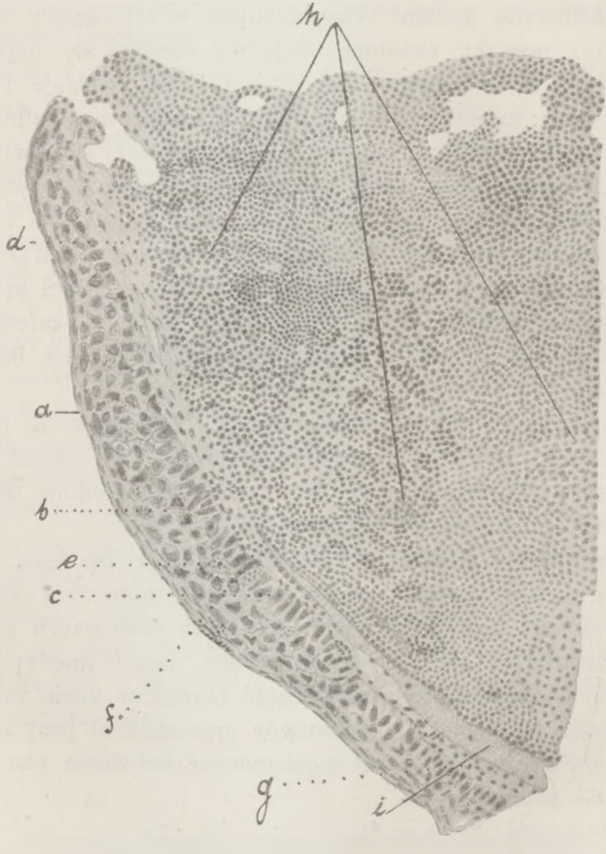
Emetropia, Visus = $^6/_6$.

Wyciąłem całą narośl tak daleko w głąb, jak tego gołem okiem stwierdzając okazała się konieczność. Krwawienie przy wyjęciu było bardzo małe. Prof. Winkler z instytutu patologicznego w Poznaniu zechciał łaskawie wykonać skrawki drobnowidowe, za co mu na tem miejscu najuprzejmiej dziękuję.

Badanie mikroskopowe wykazało:

Nabłonek błony śluzowej okalającej całą narośl składa

się z kilku warstw komórek typowych i posiada wszelkie znamiona nabłonka brukowatego. Podstawowe komórki mają postać



walcowatą (Fig. *c*), w następnej warstwie (*b*) spostrzega się wielokątne komórki, a przy samej powierzchni grubą warstwę komórek spłaszczonych *(a)*. Komórek śluzowych i dzieleń się jądra nigdzie stwierdzić nie było można, za to gdzieniegdzie krwinkę białą *(e)*. Nabłonek jest zupełnie zdrowy i odgranicza się ostro od podłoża, nigdzie nie jest przerwanym lub naruszonym przez rozrastający się nowotwór.

Wewnątrz narośli natrafia się tu i tam ostro odgraniczone wyspy komórek nabłonkowych, których znalezienie się tam tłomaczyć można zagłębieniem się w guz zmarszczek błony śluzowej.

Pod nabłonkiem znajdują się różnej grubości pokłady równoległe tkanki łącznej *(d)*. W niektórych miejscach są one tak cieńkie, że komórki nowotworu dotykają wprost nabłonka *(f)*. Ku podstawie narośli znajdują się grube warstwy tkanki łącznej przepełnionej okrągłemi komórkami. Od tych wierzchnich warstw tkanki łącznej wciskają się w głąb nowotworu odgałęzienia cieńkie na wszystkie strony go przebiegając i tworząc oparcie dla komórek nowotworowych. Sama tkanka łączna jest przepełnioną licznemi komórkami okrągłemi limfoidalnemi, które już w prawidłowych warunkach w warstwach tkankowych mięska łzowego wprawdzie bardzo nielicznie się napotyka i komórkami małemi okrągłemi, z których nowotwór się składa *(g d' f)*.

W narośli samej odróżnić można istotę międzykomórkową i w niej leżące masy małych komórek okrągłych wypełniających cały nowotwór *(h)*. W istocie międzykomórkowej podpada ziarnisty rozpad bez wyodrębnienia się, skąd podobieństwo do istoty zlepnej. Ostro na tem tle odbijają zarysy komórek małych, okrągłych, złożonych z jąder bogatych w chromatynę i z ledwie dostrzegalnej, mało wyodrębniającej się protoplazmy, tak że jej poniekąd wcale stwierdzić nie można.

Ugrupowania jakiegoś charakterystycznego tych małych komórek nowotworowych nie ma, są one tylko rozdzielone wyżej wspomnianemi wyspami ostro odgraniczonemi komórek nabłonkowych lub biegnącemi bez pewnego kierunku cieńkiemi lub grubszemi pasmami tkanki łącznej. Zwyrodnień w tkance naroślowej nie ma, również brak barwika.

Unaczynienie guza nie jest wielkie i składa się z naczyń włoskowatych o cieńkich ścianach.

Gdzieniegdzie widać naczynia większe *(i)*, które atoli już przed utworzeniem się narośli w okolicy powstania tejże istniały i tylko w nowotwór przy rozwijaniu się tegoz wcią-

gnięte zostały. O stosunku komórek guza do naczyń krwionośnych wnioskować można z położenia tychże. Albo leżą one tuż przyczepione do ściany naczyń, albo nawet znajdują się w ich świetle. Dokładniejsze badanie podstawy szerokiej narośli t. j. miejsca, w którem nowotwór stykał się z tkanką prawidłową, było niemożliwe i to z tego powodu, iż przy wyłuszczeniu guza tenże tylko tak daleko ze względu na miejsce powstania usuniętym został, o ile gołem okiem badając w głąb zdawał się sięgać.

Mamy więc przed sobą nowotwór nacechowany nadzwyczajnem bogactwem komórek. Znamiona tychże, ich drobność i okrągłość, ich podobieństwo do zwykłych limfocytów lub do większych limfocytów znajdujących się zwykle w ogniskach rozmnażania w grudkach chłonnych (*Lymphollikel*) usprawiedliwiają rozpoznanie moje mięsaka (*sarcoma*) okrągłokomórkowego. Podobieństwo nowotworu pod względem budowy do gruczołów chłonnych i to, że guz ten prawdopodobnie utworzył sie z tkanki limfatycznej znajdującej się w tkance podśluzowej mięska łzowego, spowodowało mnie do rozpoznania pierwotnego samoistnego mięsaka limfatycznego mięska łzowego.

Mięsaki tak zwane limfatyczne są guzami zwykle miękkimi, rdzeniastymi i prędko bujającymi, skłonnymi do rozpadu tłuszczowego i do rozrostu zajmującego tkanki sąsiednie. Brak rozpadu tłuszczowego w tym przypadku tłumaczy się krótkością czasu rozwoju, mimo iż w tak krótkim czasie narośl rozwinęła się do tych rozmiarów, a brak rozrostu w sąsiednie tkanki tłumaczy się warunkami miejsca powstania. Z mięska łzowego rozwinął się guz w kierunku najmniejszego oporu tj. na zewnątrz. Podpada również przy badaniu mikroskopowem mała skłonność komórek nowotworowych do niszczenia sąsiednich. Nabłonek jest nienaruszony, również wyżej wspomniane w środku guza leżące wyspy komórek nabłonkowych są przez nowotwór nietknięte i odgraniczają się ostro od komórek naroślowych.

Tłumaczy się to wszystko krótkością bytu nowotworu.

Za to tkanka łączna przez bardzo liczne komórki mięsaka jest zajętą.

Punktem wyjścia narośli jest tkanką limfatyczna podśluzowa mięska łzowego.

Czy atoli guz z grudek limfatycznych czy z osobnych zarodków pozostałych z czasów rozwoju embryonalnego i nie będących z tkankami sąsiedniemi w prawidłowym związku się rozwinął. nie chcę przesądzać.

Bezpośredniej zewnętrznej przyczyny powstania guza stwierdzić nie było można.

Klinicznych dowodów na złośliwość nowotworu nie ma. Przypadek za krótko spostrzegany. Do dzlsiaj t. j. w 3 miesiące po wycięciu narośli nawrotu nie ma.

II. STRESZCZENIA.

Berl. klin. Wochenschrift. R. 1911. Nr. 23, 27, 31 (2), 32, 39, 42, 45, 49, 50. Referent Doc. Dr W. Reis).

Zez ku górze i ból głowy w okolicy czołowej. (Höhenschielen und Stirnkopfschmerz). Heimann.

Do rzadszych zboczeń w układzie mięśniowym oka zaliczyć należy zez ku górze (*hyperforia*). Podobnie jak przy skłonności oka do zeza rozbieżnego lub do zeza zbieżnego objawy podmiotowe, na które chorzy się uskarżają, są następujące: szybkie zmęczenie oczu, nawet przy patrzeniu w dal, niewyraźne widzenie, bóle głowy, uczucie ucisku w okolicy czoła, zawroty głowy, a często nawet neuralgiczne bóle nadoczodołowe, często powracające. Jedna okoliczność wyróżnia jednakże ten zbiór objawów od objawów stwierdzonych przy innych postaciach zeza. Podczas gdy np. przy zezie zbieżnym dłuższy odpoczynek od pracy działa korzystnie na przebieg cierpienia, to w przypadku hyperforyi wypoczynek i wzmocnienie mięśni ocznych nie usuwają wcale objawów chorobowych. Jest to zrozumiałem, gdyż nawet wzmocnione mięśnie oczne nie są w stanie wyrównać różnicy w wysokości ustawienia obu gałek.

Badaniem przedmiotowem płytką Maddoxa jesteśmy w stanie określić stopień tego zaburzenia, a odpowiednio dobrane szkła pryzmatyczne, przynajmniej w słabszych stopniach, przyczyniają się do usunięcia cierpienia. W przypadkach bardziej uporczywych trzeba wykonać leczenie drogą operacyjną, np. przez przemieszczenie ku przodowi mięśnia prostego dolnego.

O możliwości usunięcia olśnienia oka w drodze chemicznej. (Ueber die auf chemischem Wege zu ermöglichende Beseitigung der Blendung der Augen). Ruhemann.

Szkodliwe działanie promieni pozafiołkowych na oko powszechnie jest znanem. Szkła »Euphos« i inne chronią oko przed wpływem tych promieni. Można jednakże i w drodze chemicznej uzyskać ochronę oka przed promieniami pozafiołkowymi. Autor badał 4, rozpuszczalne w wodzie ciała, pochodne *aesculiny*, które jeszcze w rozcieńczeniu 1:10.000, w warstwie o grubości 1 cm pochłaniały promienie pozafiołkowe. W szczególności największe działanie ochronne wykazywało jedno połączenie (*Ortho-Oxyderivat*), którego roczyny 0,3 lub 0,5% znane są pod nazwą Aqua Zeozoni. Kilkakrotne dziennie wkraplanie do oka tego roczynu nawet przez czas bardzo długi nie powoduje żadnych objawów podrażnienia, znosi natomiast objawy olśnienia nawet w oku atropinizowanem. Działanie ochronne tego roztworu tłumaczy się tem, że tkanki nasiąkają barwikiem, którego ciecz łzowa nie spłukuje. Na podstawie 40 spostrzeganych przypadków przekonał się autor, że 0,3% roczyn zeozonu jest w stanie znieść olśnienie, wywołane nawet światłem słonecznem, najobfitszem w promienie pozofiołkowe. Lek ten może więc stanowić ochronę dla oczu w wysokich górach lub na morzu lub też przy rozmaitych schorzeniach powierzchownych i głębokich oka, w których ochrona przed światłem jest wskazana, jak również działać zapobiegawczo, chroniąc robotników zajętych w odpowiednich gałęziach przemysłu, przed oftalmią elektryczną i zaćmą (w hutach szkła). Noszenie zaś szkieł ochronnych staje się w tych warunkach zbytecznem.

Połysk, jaki powstaje w oku po zapuszczeniu tego roczynu do worka spojówkowego, należy uważać jako objaw fluorescencyi powstałej przez pochłonięcie promieni pozafiołkowych.

O nieżycie spojówki, wywołanym krwią węgorza. Ueber Aalblutconjunctivitis (C. ichtyotoxica). Steindorff.

Autor miał sposobność spostrzegać dwa przypadki zapalenia spojówki, wywołanego krwią węgorza, które w niektórych szczegółach przedstawiały odmienny obraz kliniczny, niż opisany nieda-

wno jedyny przypadek Pollota i Rahlsona. W przypadku pierwszym, dotyczącym 30-letniej kobiety, której przy krajaniu węgorza krew trysła do oka, objawy zapalenia spojówki wystąpiły natychmiastowo, w dwóch innych przypadkach upłynął kilkuminutowy okres wylęgania. Objawów ogólnych zatrucia, jak skłonność do wymiotów i uczucie gorąca, wspomnianych przez P. i R. nie było w przypadkach przez autora spostrzeganych; zapalenie spojówki przedstawiało znamiona ostrego nieżytu, w niczem się nie różniącego od nieżytów o innej etyologii. W jednym z przypadków autora wystąpiło zaćmienie rogówki, które znikło drugiego dnia. We wszystkich 3 dotychczas opisanych przypadkach zwraca uwagę krótki przebieg cierpienia, które ustępywało w przeciągu kilku dni. U obu swoich pacyentek zauważył S. ponadto po ustąpieniu zapalenia przez kilka dni utrzymującą się niedomogę przy pracy z blizka.

Obustronne porażenie akomodacyi po salwarsanie.

(Doppelseitige Akkomodationslähmung nach Salvarsan). Makrocki.

U 22-letniej dziewczyny kiła nabyta przed 3 miesiącami. Dostaje śródżylne wstrzyknięcie salwarsanu 0,6, a w cztery dni później taką samą dawkę w mięśnie pośladkowe.

W dwa dni po ostatniem wstrzyknięciu, a w 6 dni po żylnem, występuje obustronny niedowład akomodacyi, który w przeciągu kilku dni prowadzi do zupełnego porażenia. Bez jakiegokolwiek leczenia znika to porażenie po 4 tygodniach, mimo istnienia kiły i dodatniego odczynu Wassermanna. Autor nie rozstrzyga pytania, czy mamy w tym przypadku do czynienia z porażeniem na tle kiłowem, czy też z działaniem trującem salwarsanu.

O prostej, podręcznej metodzie badania źrenicy wraz z przyczynkiem do sprawy odruchu przy zbieżności i doniesienie o kilku mało znanych zjawiskach na oku.

(Ueber eine einfache, leicht zu handhabende Methode der Pupillenuntersuchung nebst Beitrag zur Frage der Konvergenzreaktion und Mitteilung einiger wenig bekannten Phänomene am Auge). Goldflam.

1. Metodą podaną przez autora posługuje się w sposób następujący: Chory odwrócony od okna patrzy w dal, badający stoi naprzeciw. Następnie nastawia badający lupę o 13 D. ostro na źrenicę badanego, przyczem z boku oświetla źrenicę zwykłą kieszonkową lampką elektryczną. Metodą tą daje się stwierdzić odczyn źrenicy jeszcze w tych przypadkach, w których zwykła metoda badania wykazuje już nieruchomość źrenicy.

2. G. sprzeciwia się głoszonemu przez niektórych autorów zapatrywaniu, jakoby u osobników prawidłowych odruch źrenic przy zbieżności wydatniejszym był od odruchu źrenic na światło. Według G. nie można uogólniać tego twierdzenia, lecz w każdym przypadku uwzględnić trzeba oświetlenie i siłę obu bodźców, a wówczas można stwierdzić, że jakichś wybitniejszych różnic między odruchem na światło a przy zbieżności zauważyć nie można. Chorobowem pozostanie nadal zachowanie się źrenic tylko w tym wypadku, gdy przy słabym i leniwym odruchu źrenic na światło wystąpi silny i szybki odruch źrenic skojarzony ze zbieżnością.

Autor spostrzegał kilkakrotnie zachowanie się źrenic przy typie oddechania Cheyne-Stokesa. Źrenice zwężały się w okresie bezdechu rozszerzały się zaś z chwilą powrotu oddechu. Odmiennie od przyjętych zapatrywań tłumaczy sobie G. zachowanie się źrenic w tych przypadkach. Zrozumienie tego zachowania się źrenic stanie się łatwiejsze, gdy się uwzględni, że równocześnie zachodzą zaburzenia świadomości, podobnie jak to ma miejsce podczas snu i przebudzenia się.

Brak czynności kory mózgowej we śnie powoduje zniesienie z kory wychodzących wpływów (czuciowych lub psychicznych), działających rozszerzająco na źrenicę czyli zmniejszenie napięcia układu współczulnego, przyczynia się także w okresie bezdechu do wzmożenia zwieracza źrenicy. Odwrotnie się rzecz ma w okresie powrotu oddechu — analogicznie z zachowaniem się źrenicy przy przebudzeniu.

4. Jeżeli cienką nitkę (lub przy silnem zmrużeniu oka rzęsy) trzyma się między promieniami słonecznemi a okiem, w bardzo bliskiej odległości od oka, w której nie może już być mowy o akomodacyi i dokładnem widzeniu, wówczas występuje objaw tęczowania (Irisieren). G. przypuszcza, że powstanie tego objawu można by wytłumaczyć chromatyczną aberacyą, a nie tylko odchyleniem promieni światła.

Dalsze badania nad chorobami ocznemi na morzu południowem. (Weitere Untersuchungen über die Augenkrankheiten in der Südsee). Leber i Prowazek.

Po przeprowadzeniu badań na wyspie Samoa*) wyruszyli autorowie do Saigon dla zbadania panującej tam epidemii ocznej.

*) Ref. w P. O. 1911, zeszyt 3—4.

Po drodze zbierali także materyał do badań z licznych okolic Australii i wysp Maryańskich.

W Saigon stwierdzili L. i P. istnienie trzech rodzajów zapaleń spojówki:

1. *Epitheliosis desquamativa*, wywołana przez *Lyozoon atrophicans;* 2. nieżyt spojówki wywołany przez drobnoustrój zbliżony do prątka Koch-Weeksa (*Bacillus marianensis*) i 3. nieżyt spojówki, w którym stwierdzono istnienie wtrętów komórkowych. Ten ostatni ostry nieżyt posiada krótki, zaledwie 24 godzinny okres wylęgania, poczem występuje przekrwienie i obrzęk spojówek powiekowych i charakterystyczne dla tego cierpienia niby błonicze naloty na spojówce powieki górnej i wynaczynionki w spojówkach powiekowych. Wynaczynionki mogą także występywać w tkance natwardówkowej. Powikłania ze strony rogówki występują bardzo rzadko.

Ze stosowanych środków leczniczych najskuteczniejszą okazała się argentamina w rozczynie $5^0/_0$.

Rozmaitości okulistyczne. (Ophtalmologische Miscellen). Fejér.

1. Przyczynki do obrazu chorobowego i leczenia wodoocza u dzieci (*Hydophthalmus. infantum.*).

2. O urazowych oderwaniach siatkówki.

3. Zasługujące na uwagę przypadki skaleczeń oka.

O działaniu salwarsanu na choroby oczne. (Ueber die Wirkung des Salvarsan auf die Augenerkrankungen). **Dołganow.**

Na podstawie spostrzegania leczniczego działania salwarsanu w rozmaitych chorobach ocznych i otrzymanych wyników leczenia dzieli autor schorzenia oczne na 3 grupy.

1. Do pierwszej grupy, w której wyniki leczenia były dobre, należały zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, świeże porażenia mięśni ocznych, zstępujące zapalenie nerwu wzrokowego i zanik nerwu wzrokowego, chociaż w tych przypadkach wskazana jest jeszcze dalsza obserwacya. W każdym razie zaznaczyć należy fakt, że salwarsan zaniku nerwu wzrokowego zupełnie nie pogarsza.

2. Wątpliwe wyniki osiągnął D. przy tarczy zastoinowej i niektórych przypadkach neuritis ascendens.

3. Przy zaćmieniach ciała szklistego, przy zwężeniu lub rozszerzeniu źrenicy nie osiągnięto żadnego wyniku leczniczego.

Dwa na uwagę zasługujące schorzenia oczu po salwarsanie. (Zwei bemerkenswerte Augenerkrankungen nach Salvarsan). Cohen.

Autor spostrzegał dwa przypadki zapalenia nerwu wzrokowego, które wystąpiły po wstrzyknięciu salwarsanu i odporne były wszelkiemu leczeniu przeciwkiłowemu. Badane w tych przypadkach pole widzenia wykazywało środkowy ubytek na barwę niebieską i zieloną.

Na podstawie tego faktu sądzi C, że zapalenia nerwu wzrokowego były przyrody toksycznej.

Operacyjne leczenie oderwanej powieki. (Operative Heilung eines abgerissenen Augenlides). Hamburger.

U dziecka 4-letniego z prawie zupełnie oderwaną powieką górną (wskutek uderzenia o krawędź gazometru) wykonał H. najpierw zeszycie powieki, a później usunął w drodze operacyjnej powstałe w następstwie wyninięcie powiek.

Graefes Arch. f. Ophthalm. T. LXXX Z. 1 i 2. Referent Dr T. Kleczkowski.

Leczenie jaglicy światłem Finsenem. [Finsentherapie bei Trachom]. Doc. V. Grönholm.

Badania kliniczne autora wykazały, że użycie krótkofalistych promieni sposobem Finsena-Lundsgaarda powoduje zniszczenie i zniknięcie ziarn i nacieku trachomatycznego. Naświetlanie wywołuje silne odczynowe zapalenie trwające często tydzień, a polegające na znacznym obrzęku powiek i spojówki, przyczem spojówka jest gładka, blada i powierzchownie tylko zbliznowaciała. Do wyleczenia zapalenia trachomatycznego często jest tylko jedno naświetlenie przez 10 minut trwające potrzebne; w ciężkich przypadkach 2—6 razy trzeba było naświetlać.

Czas trwania leczenia jest według Gr. krótszy, aniżeli przy innych sposobach leczenia, a skrócić go jeszcze znacznie można przez poprzednie wygniecenie ziarn.

Statystycznie wyniki autora przedstawiają się w ten sposób, że na 98 leczonych ócz w 79 razach zapalenie zupełnie było wyleczone (81%), a tylko w 79% zapalenia trachomatycznego nie można było uważać za wyleczone. Nawroty choroby wystąpiły w 35% przyp. Nawroty były tem częstsze, im spojówka na po-

czątku leczenia mniej była przerosła. Najlepsze wyniki leczenia spostrzegał autor w przyp. świeżego zapalenia, gdzie spojówka tylko załamków była zajęta. Gr. uważa leczenie *Finsenem* za bardzo dzielny środek, któregoby można ewentualnie również używać w połączeniu z dawnymi lekami, zwraca jednak przytem uwagę, żeby przy leczeniu uważać na rogówkę, na której łatwo powstają pod wpływem światła wrzody i łuszczka (w 7 przyp. autora). Leczyć promieniami F. należy, według G., szczególnie te przypadki, w których spojówka jest naciekła, a rogówka zdrowa. Gdy oko jest podrażnione i rogówka zajęta, naświetlać się powinno miejscami w kilku posiedzeniach.

Histologiczne badania nad działaniem światła Finsena i wygniatania wraz z leczeniem sinym kamieniem przy jaglicy. [Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Finsenlichtes und der Expression nebst Blausteinbehandlung beim Trachom]. K. A. Heiberg (Kopenhaga) i Doc. V. Grönholm (Helsingfors).

Wyniki badań histologicznych w zupełności się zgadają z doświadczeniem klinicznem, ogłoszonem w poprzedniej pracy przez Grönholma. Badania wykazały zupełny zanik ziarn i nacieku pod wpływem światła Finsena. Zaniku tego stopnia nie można spostrzegać lecząc wygniataniem i sinym kamieniem.

Do pytania nad histologicznym i przyczynowym charakterem zapalenia sympatyzującego. [Zur Frage nach dem histologischen und aetiologischen Charakter der sympathisierenden Entzündung]. Prof. W. Reis (Bonn).

Autor występuje przeciwko zapatrywaniu Guillery'ego jakoby naciek drobnokomórkowy w naczyniówce, powstały w następstwie wstrzykiwania fermentów do oka królików, dowodził obecności zapalenia sympatyzującego. Do obrazu całkowitego według R. potrzebne są jeszcze komórki olbrzymie i epiteloidalne. Autor wbrew przekonaniom Guillery'ego stoi na stanowisku czysto mykotywnej natury zapalenia sympatycznego, a opiera swoje twierdzenie na tem, ze dotychczas nikomu nie udało się wywołać typowego obrazu histologicznego zapalenia sympatycznego przez zadziałanie zdolnych do dyffuzyi roztworów jadów. Następnie autor polemizuje z teoryą Elschniga, a szczególnie nie zgadza się z jego zdaniem jakoby nie było zasadniczej różnicy między *iritis sympathica*, a t. zw samoistnem zapaleniem tęczówko-naczyniówkowem. Pierwsza różnica według R. polega na tem, że samoistne zapalenie naczyniówki spotyka się głównie u kobiet, a szczególnie

u młodych anemicznych i gruźliczych dziewcząt, zapalenie zaś sympatyczne głównie u młodych silnych mężczyzn i szczególnie często u dzieci. Następna różnica polega na sposobie przebiegu choroby. Zapalenie samoistne nie jest tak złe w skutkach jak sympatyczne. Z drugiej jednak strony w przeciwieństwie do zapalenia sympatycznego, skłonne jest ono do częstych nawrotów. Trzecia różnica, na którą się sam Elschnig zgadza, leży w przyczynowości obu chorób.

Choroba ogólna ustroju przy powstawaniu zapalenia samoistnego jest jedyną i zasadniczą przyczyną schorzenia, przy zapaleniu zaś sympatycznem jest ona tylko przyczyną współdziałającą z uczuleniem naczyniówki Elschniga. Na podstawie przez siebie spostrzeganych przypadków autor jest zwolennikiem teoryi bakteryjnej zapalenia sympatycznego, a mianowicie zakażenia na drodze endogenetycznej w myśl zapatrywań Mellera. Na poparcie swego przekonania przytacza autor przypadek, w którym zapalenie sympatyczne rozwinęło się w oku z mięsakiem naczyniówki i przypadek zapalenia sympatycznego rozwiniętego w oku zupełnie po ranie zadanej zagojonem. Za zakażeniem drogą krwi przemawia nietylko doświadczenie kliniczne autora, ale również badania histologiczne. Jeżeliby zakażenie miało być ektogenetyczne, to pierwsze zmiany w naczyniówce powinny być umiejscowione w przednim odcinku gałki. Pierwsze umiejscowienie w tylnych częściach naczyniówki przemawia za endogenetycznem zakażeniem. Za pierwsze zmiany histologiczne zapalenia sympatycznego uważa R., na podstawie 2 swoich przypadków, ogniskowe nacieki drobnokomórkowe w naczyniówce, do zdania tego jednak dodaje uwagę, że dopóki nie znamy swoistego zarazka, tak długo jedynie histologicznem badaniem nie można z całą pewnością stwierdzić, czy w danym przypadku mamy do czynienia z zapaleniem sympatycznem, czy też nie.

Barwa plamki żółtej. [Die Farbe der Macula lutea]. J. von der Hoeve.

Sporne przekonania, czy plamka żółta jedynie tylko po śmierci ma barwę żółtą (Gullstrand), czy również za życia żółto się przedstawia (Dimmer), rozstrzyga autor w myśl zapatrywania Dimmera.

W przypadku autora naczynia dna oka nie posiadały krwi w następstwie przerwania n. wzrokowego rogiem krowy. Plamka żółta wielkości $^1/_2$ średnicy tarczy była żółta, środek był nieco ciemniejszy, obwód zaś jej z odcieniem zielonawym.

Przyczynki do znajomości anatomii patologicznej i patogenezy cyklopii. [Beiträge zur Kenntniss der pathologischen Anatomie und Pathogenese der Cyklopie]. M. Hayashi (Tokio).

Materyał do pracy autora pochodził z zakładu anatomii prof. Hasse'go we Wrocławiu.

1. przyp.: Makroskopowa gałka oczna wyglądała jako jedna. Badanie drobnowidowe wykazało, że składa się ona jednakże z dwóch zawiązków rozwojowych, z których tylko lewy rozwinął się drugi zaś pozostał w stanie szczątkowym. Zlanie się w jedną całość obu zawiązków w tylnej części było prawie całkowite, tak że w tem miejscu była jedna dla obu gałek wspólna jama. Od dołu dla obu gałek były wytworzone wszystkie ich części składowe. Oczodół, powieka górna i mięśnie oczne rozwinięte były tylko dla jednego oka. W drugim przypadku obraz makroskopowy znowu odpowiadał jednooczności; badanie drobnowidowe znowu wykazało 2 zawiązki gałek ocznych. W miejscu zrośnięcia się obu zawiązków znajdowała się szpara naczyniówki. Siatkówka ułożona była w zmarszczki. W trzecim przypadku rozpoznano (u świni) makroskopowo cyklopię, która drobnowidowo okazała się jako zupełna *anophthalmia cyclopica*. Z przydatków gałki stwierdził autor tylko silnie rozwinięty gruczoł łzowy. Na podstawie swoich przypadków dochodzi autor do wniosku, że *cyclopia* powstaje przez następowe zrośnięcie się pierwotnie oddzielnie rozwijających się zawiązków obu gałek ocznych. (Meckel, Geoffroy, St. Hilaire).

O objawie van der Hoeve'a i pierścieniowym ubytku pola widzenia, pochodzenia nosowego. [Über van der Hoeves Sympton und die Ringskotome rhinogenen Ursprungs]. Horald G. et Gjessing (Wiedeń).

Objaw van der Hoeve'a, polegający na powiększeniu plamy Mariotte'a w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego powstałego na tle schorzenia bocznych jam nosa został stwierdzony przez autora w 50% przypadków. W jednym przypadku zaniku n. wzrokowego powstałego po zapaleniu jego spowodowanem ropieniem tylnych jamek sitowych stwierdził autor charakterystyczny pierścieniowaty ubytek w polu widzenia. Przyczyna ubytku leżała albo w czynnościowem zaburzeniu nerwu, albo może w następstwie schorzenia organicznego nerwu, spowodowanego przez *empyema sinus ethmoidalis*, lub może przez rozpoczynającą się *sclerosis disseminata*. Przypadek autora jest 4-tym w literaturze.

O pooperacyjnem i samoistnem odczepieniu naczyniówki. [Über postoperative und spontane Chorioidealabhebung]. J. Meller (Wiedeń).

Najczęstszą postacią odczepienia naczyniówki jest odczepienie występujące w pierwszych dniach po operacyi. Objawy, jakie odczepieniu towarzyszą polegają na płytkości (lub zniesieniu) komory przedniej, obniżenie ciśnienia śródocznego i powstaniu ciemnych, obwodowo umiejscowionych wyniosłości, które następnie bez śladu znikają.

Autor potwierdził doświadczalne przypuszczenie Fuchsa, że odczepienie naczyniówki powstaje w następstwie przesączenia się ku tyłowi cieczy komorowej przez zranienie w *ligamentum pectinatum* podczas operacyi. Małego stopnia odczepienia naczyniówki wziernikiem nie można stwierdzić.

Drugą postacią odczepienia jest dopiero późno po operacyi występujące odczepienie naczyniówki. (Przyp. Fuchsa po 4 miesiącach, Marschall'a i 2 autora). W jednym z przyp. autora dołączyło się potem odczepienie siatkówki. Odczepienia samoistne naczyniówki dzieli autor na 2 działy. Odczepienie albo rozpoczyna się w okolicy ciałka rzęskowego, objawy kliniczne przytem zupełnie odpowiadają objawom towarzyszącym odczepieniu pooperacyjnemu, albo odczepienie rozpoczyna się w tylnym odcinku gałki. Przyczyna obu rodzaji odczepień jest nieznana.

Rozpoznanie kliniczne tylnego odczepienia naczyniówki jest trudne, a objawy towarzyszące mu zależne są od tego, gdzie głównie płyn odczepiający się nagromadził.

Jeżeli płyn znajduje się między naczyniówką a twardówką, w takim razie przy jednoczesnem odczepieniu siatkówki spostrzegać można naczynia naczyniówki na wysokości odczepionej siatkówki.

Jeżeli płyn jednak głównie jest pod siatkówką, w takim razie równocześnie z odczepieniem siatkówki istniejącego odczepienia naczyniówki nie można rozpoznać.

O regulacyi ustawienia oczów przez narząd słuchowy. IV Doniesienie. Silniejsze działanie narządu słuchowego na oko sąsiadujące. [Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat. IV. Mitteilung. Die stärkere Wirkung eines Ohrapparates auf das benachbarte Auge]. M. Bartels (Strassburg) i Shin-iri Ziba (Tokio).

W poprzednich już pracach doniósł Bartels o swojem spostrzeżeniu, że wywołane drżenie gałek ocznych przez drażnienie

narządu słuchowego silniejsze jest gałki ocznej sąsiadującej z uchem zadrażnionem, aniżeli oka leżącego po przeciwnej stronie.

Drżenie gałek wywoływali autorowie albo przez obracanie zwierzęciem (*rotatio*) albo przez bezpośrednie drażnienie narządu słuchowego termicznie lub prądem galwanicznym. Drżenie gałek ocznych w całości, jak również skurcze i rozkurcze odpowiednich mięśni ocznych, przedstawione zostało w liniach krzywych graficznie.

O działaniu upustu krwi żylnej Dyes'a przy jaskrze. [Über die Wirkuńg des Dyesseren Aderlasses beim Glaucom]. Doc. W. Gilbert (Monachium).

Wychodząc z założenia, że ciśnienie krwi przy jaskrze jest podniesione starał, się autor obniżyć je przez upuszczenie krwi żylnej (3 gr. na 1 kg. wagi) a przez to wpłynąć na wysokość ciśnienia śródocznego. Ciśnienie śródoczne badał G. tonometrem Schiötza. Przy jaskrze niezapalnej ciśnienie śródoczne najsilniej obniżało się w 6—8 g. Po upuście krwi skutek był widoczny przez przeszło 24 g. (do 72 g.). Przy jaskrze zapalnej obniżenie ciśnienia występuje później (na 2-gi dzień), trwa jednak do 4 dni. Na podstawie tych wyników uważa G. upust krwi przy jaskrze za środek leczniczy, który w okresie zwiastunów należy stosować kilkakrotnie wraz z używaniem miejscowem miotyków. Przy *glaucoma evolutum* należy rozpocząć leczenie przez wykonanie *venaesectio*, a mianowicie przy *gl. simplex* na 6—24 g. przed operacyą przeciwjaskrową, przy *gl. inflam.* zaś na 24—48 g.

Cysty dermoidalne powieki górnej z nabłonkiem skóry i błony śluzowej. [Dermoidcysten des Oberlides mit Epidermis und Schleimhautepithel]. A. Purtscher, (Wiedeń).

Dwa przypadki autora są pierwszymi w literaturze. Cysta w obu razach położona była nad kącikiem wewnętrznym oka. Badanie drobnowidowe wykazało, że wewnętrzna ich powierzchnia wysłana była częściowo skórnym częściowo zaś cylindrycznym nabłonkiem. Zdaniem autora cysty tego rodzaju i w tem umiejscowieniu co w przyp. autora, powstają w następstwie bujania komórek nabłonkowych przemieszczonych podczas rozwoju kanalików łzowych pod skórę powieki górnej.

O wytwarzaniu się otworu i cyst we fovea centralis [Ueber Loch und Cystenbildung der Fovea centralis]. W. P. C. Zeeman (Amsterdam).

Badania drobnowidowe oka wyjętego z powodu nawrotów jaskry, a ociemniałego w następstwie *iridocyclitis* wykazało prócz

obecności okrągłego otworu we f. centr. również charakterystyczne zachowanie się otaczającej siatkówki i naczyniówki.

Część siatkówki bezpośrednio otaczającej otwór we f. centr. była prawidłowa, jedynie tylko zauważył autor brak w tem miejscu komórek nabłonka barwikowego.

Poza tym pasem względnie prawidłowej siatkówki stwierdził autor w dalej położonych ich ujściach wybitne zmiany, polegające głównie na wytworzeniu się cyst w wewnętrznej ziarnistej warstwie siatkówki. Zdaniem autora wytworzenie się otworu we *f. centr.* jest następstwem początkowego wytworzenia się torbieli, a głównie ich umiejscowienia w pasie siatkówki niedaleko leżącej od *f. centr.* z powodu szczególnej wrażliwości tej części siatkówki zależnej od jej obfitego unaczynienia.

W sprawie zaburzenia wzroku widzących połowiczo. [Zur Sehstörung der Hemianopiker], Doc. W. Lohmann (Monachium).

Objaw Axenfelda polegający na tem, że ludzie z połowiczem widzeniem nie są w możności przepołowić na 2 równe części np. paska białego papieru znalazł autor nietylko w przypadkach hemianopsyi, ale również u ludzi z prawidłowym wzrokiem, a mianowicie wtedy, gdy badany podczas próby Axenfelda ustali swój wzrok tylko na końcowy punkt przestrzeni mającej być przepołowionej. Mniej znanym jest drugi objaw, który autor również u połowiczo widzących spotykał. Badanie tego drugiego objawu polega na następującem postępowaniu: Badany staje przed tablicą do pisania w odległości 30 cm i trzyma jedną ręką czarny karton prostopadle do tablicy ustawiony. Karton ten zasłania badanemu ręce i jego ciało. Badanemu poleca się nakreślić kredą pod kartonem przedłużenie linii prostopadłej narysowanej nad kartonem. Dwaj chorzy z hemianopsyą badani przez autora przedłużenie linii zawsze rysowali fałszywie. (Linia narysowana była zawsze zanadto po prawej lub lewej stronie).

Ptosis congenita z dziedzicznością. [Über Ptosis congenita mit Hereditat]. B. Hüttemann (Strassburg).

Autor podaje opis drzewa genealogicznego rodziny, w której w trzech pokoleniach stwierdzone zostało opadnięcie powieki górnej połączone z obecnością zmarszczki nakątnej. W celu przekonania się, jak przy ptosis congenita zachowuje się *m. levator palp. sup.* użył autor sposobu badania Bregmanna. Autor podobnie jak Bregmann przekonał się, że drażnienie prądem elektrycznym powieki górnej w okolicy *m. levator* w przypadkach opadnięcia

powieki dziedzicznego nie powoduje podniesienia się powieki. (Przy opadnięciu powieki porażennem odczyn występuje dodatni).

Atypowe szpary tęczówki i inne zaburzenia rozwojowe oka. [Atypische Iriscolobome und andere Missbildungen des Auges]. F. Rössler (Wiedeń).

Autor opisuje 5 przypadków z kliniki prof. Fuchsa.

1) *coloboma iridis* ku górze wewnątrz.

2) Wielka szpara tęczówki na obu oczach ku dołowi zewnątrz zwrócona, a prócz niej kilka ubytków w przedniej blaszce tęczówki.

3) *microphthalmus* i *colob. irid.* ku górze.

4) *Colob.* mostkowe i *ectopia lentis* ku dołowi.

5) Szpara powierzchowna tęczówki mostkowa.

Studya nad chorobami nerwu wzrokowego i siatkówki. II. O objawach ocznych przy guzach przysadki mózgowej i ich zmienności. [Studien über Opticus und Retinaleiden. II. Über die ophthalmologischen Erscheinungen bei Hypophysentumoren und ihre Variabilität]. A. de Klein.

Na podstawie 4 przez siebie spostrzeganych przypadków nowotworów przysadki mózgu, stwierdza autor, że szerokość pola widzenia u takich chorych może ulegać codziennym zmianom. Wahania w szerokości pola widzenia nie idą w parze z wahaniem w bystrości wzrokowej. W jednym z przypadków autora w polu widzenia stwierdzone zostały wyspowate ubytki. W 2 przypadkach chorzy skarżyli się, że widzą wszystko niebiesko a w jednym z nich było zwężone pole widzenia na barwę białą. U jednego z chorych przekonał się autor o obecności omamów wzrokowych polegających na ukazywaniu się ognistych kul.

Oddziaływanie źrenic zawsze było prawidłowe, tylko w jednym przypadku, podczas występowania napadowo powtarzających się całkowitych zaniewidzeń (*amaurosis*) stwierdził autor zupełny brak odruchu świetlnego źrenic. O częstości tarczy zastoinowej przy guzach przypadki na podstawie dotychczasowych przypadków z literatury nie można zdaniem K. nic stanowczego powiedzieć. Obraz zwyczajnego zaniku nerwu wzrokowego zdaje się częściej występować przy guzach przysadki, aniżeli przy innych nowotworach mózgu. Ze względu na niebezpieczeństwo przy operacyi przysadki, a z drugiej strony ze względu możności dość długiego życia bez operacyi, nie należy według autora operować w tych przypadkach, gdzie niema zbyt uciążliwych dolegliwości. Operacyę radykalną należy zawsze poprzedzić trepanacyą czaszki, albo pun-

kcyą przez tylną ścianę, *sinus sphenoidalis*, a mianowicie w tym przypadku, gdy się podejrzewa obecność, w okolicy przysadki, torbiela.

O podwójnem przedziurawieniu gałki przez nowoczesny małokalibrowy płaszczowy pocisk. [Über die Doppelperforation des Bulbus durch das moderne Kleinkaliber-Mantelgeschoss]. Ch. Oguchi (Tokio).

Pomimo przebicia gałki ocznej pociskiem postać jej zewnętrzna nie uległa zmianie.

Klinicznie stwierdzono: krwotok do gałki, zaburzenie jej ruchomości, obrzęk spojówki i zupełne zaniewidzenie. Po 22 dniach gałkę wyjęto i stwierdzono prócz otworu, którędy kula do oka wtargnęła, również otwór, którędy gałkę oczną opuściła.

Anatomiczno-patologiczny stan tylnej torebki zaćmy starczej. [Anatomisch-pathologischer Zustand der hinteren Kapsel bei senilem Star]. D. Mihail (Bukareszt).

W 20% przypadków histologicznie badanych, tylna torebka nie była całkowicie pokryta nabłonkiem, w 80% zaś na całej jej powierzchni udało się autorowi stwierdzić jego obecność. Komórki nabłonka nie są tak regularnie ułożone, jak komórki torebki przedniej. Większość komórek posiada postać wieloboczną: mniej liczne komórki są postaci wrzecionowatej. Najmniej komórek okazuje obrazy podziału karyokinetycznego.

Studya nad chorobami nerwu wzrokowego i siatkówki. III. W sprawie samoistnego wyleczenia glejaków siatkówki. [Studien über Opticus- und Retinaleiden. III. Über die Frage der Spontanheilung bei Gliomata retinae]. A. de Klein (Utrecht).

W przypadku autora zostało wyjęte u dziecka 8 miesięcy liczącego oko prawe z powodu glejaka siatkówki. Drugie oko było zdrowe. W 4 miesiące potem zgłosiła się matka z dzieckiem z powodu oka lewego, w którem również stwierdzono obecność glejaka. Z powodu ogólnego wyniszczenia dziecka do operacyi nie przystąpiono. Oko lewe uległo następnie zanikowi, badanie histologiczne potem wyjętego oka wykazało brak tkanki nowotworowej w miejscu niej zaś obecność tkanki bliznowatej i kostnej. Obecnie dziecko, liczące już 7 lat, żyje w najlepszem zdrowiu.

Atypowa chorioretinitis pigmentosa hereditaria. [Atypische Chorioret. pigm. heredit]. W. Pollot (Heidelberg).

Atypowość w porównaniu do zwyczajnej *retinit. pigment.* polegała na szczególnie obfitych zmianach chorobowych w naczy-

niówce polegających głównie na silnej sklerozie jej naczyń krwionośnych i na zaniku nabłonka barwikowego. Opisany obraz chorobowy spostrzegał autor u 8 osobników z jednej rodziny, a u 3 jej pokoleń.

III. ROZMAITOŚCI.

Zapalenie miąższowe rogówki wywołane urazem. W ostatnich czasach znowu poruszono pytanie, czy zapalenie miąższowe może być wywołane urazem i czy podobne zapalenie drugiego oka, występujące po upływie pewnego czasu, należy przypisać następstwom sympatycznego wpływu.

Pytanie to jest ważnem, już nie tylko ze względu na etyologię, ale, i to wobec odpowiedzialności ustawodawczej powołanych tą ustawą czynników t. j. pracodawców czy towarzystw ubezpiecz., nie mniej ze względów prawniczych i słuszności.

Na przedostatnim zjeździe tow. franc. okulistów w Paryżu przedstawił Dr Armaignac przypadek dotyczący pracownicy, której do oka lewego wpadła kropeleczka litu przy lutowaniu pudełek konserw. Nastąpiło zapalenie miąższowe tego oka, a w dwa tygodnie później także drugiego. Osoba, dotknięta następstwami z pewnością przejściowemi, rościła pretensyę o odszkodowanie i to za zmniejszenie się bystrości wzrokowej obu ócz. Armaignac pragnął wywołać wymianę zdań co do odpowiedzialności pracodawców, ale dyskusya w tym kierunku nie dała pożądanego wyjaśnienia sprawy.

Wiemy, że pod względem etyologicznym zapalenie miąższowe może mieć najrozmaitszy podkład, a lubo najczęściej przyjmuje się syfilityczny, to wedle mego przekonania nie bywa on tak częstym, jak się przypuszcza. Zresztą zapalenia z tym podkładem bywają znamienne i objawami tak doskonale przez Hutchinsona zaznaczonymi i nadzwyczajnem zaostrzeniem i przebiegiem zazwyczaj bardzo długim. Postacie skrofuliczne i gośćcowe już bywają łagodniejsze i często mniej obfitują w naczynia. Że i tuberkuloza sama przez się albo współdzielczo wpływać może na powstawanie zapalenia miąższowego rogówki, to rzecz aż nazbyt chyba znana.

Nierozstrzygniętem zawsze jeszcze jest pytanie, czy uraz nawet lekki może również wywołać zapalenie miąższowe na jakimkolwiek tle i czy w dalszem następstwie na drodze sympatycznej powstaje podobne zapalenie drugiego oka.

Wiadomo, że uraz tępy wywołuje niekiedy zapalenie miąższowe, ale nie typowe rozlane *(keratitis parench diffusa)* lecz ograniczone środkowe *(k. parechym circumscripta centralis)*. Przed wielu laty przedstawiono mi 18-letnią pannę uderzoną piłką śnieżną w lewe oko, które w następstwie tego uległo tak silnemu zmętnieniu bielmowatemu średniej części rogówki, bez silniejszego zapalenia, iż to bielmo skłaniało pewnego młodego okulistę do wykonania wycięcia tęczówki celem przywrócenia wzroku. Leczenie jednak przeze mnie przepisane usunęło w znacznej części zmętnienie, a wzrok przywróciło bez zabiegu operacyjnego. Takie postacie ciężkie należą atoti do wielkich rzadkości, częściej powstaje zmętnienie prążkowane, zwane przez Fuchsa *discoformis*, które zresztą spostrzegamy i po operacyach zaćmy, zwłaszcza, jeżeli cięcie zbyt małe powodowało przeciskanie się soczewki twardej a nierównie w silniejszym nieraz stopniu po długotrwałych wypłukiwaniach, w przypadkach zaćm niedojrzałych, gdy kora od torebki nie odłącza się łatwo. Ale tak owe zmętnienia rogówek, wywołane urazem na zdrowem oku występujące, jak też po operacyi powstałe, ustępują prawie doszczętnie po upływie dłuższego czy krótszego czasu. Inaczej gdy uraz spotyka oko osobnika z pewną ogólną skazą. Tu sprawa będzie i ostrzejszą i często długotrwałą. Nawet uraz lekki daje podnietę do powstania typowego rozlanego zapalenia miąższowego, ale stanie się to tylko osobnikom, którzy dotknięci są pewną do tego zapalenia skłonnością wskutek wad ogólno-ustrojowych.

Uraz zaś, choćby silniejszy, gdy spotka organizm zdrowy nie wywoła tych następstw, ale zazwyczaj obrażenie takie przechodzi szybko bez śladu.

Zapalenie drugiego oka, występujące później, po wywołaniu miąższowego zapalenia urazowego, uważane bywa za objaw sympatyi. Niewątpliwie — ale znowu tylko w organizmie do tego przez odpowiednią skazę usposobionym — bo w organizmie zdrowym taki uraz ograniczy się z pewnością tylko do jednego oka bez wtórorzędnego działania na drodze sympatyi.

Wicherkiewicz.

Warszawskie Tow. okulistów polskich dokonało w styczniu b. r. wyboru Zarządu: Prezes: Dr Ziemiński, zastępca: Dr Cetnarowicz, sekretarz i skarbnik: Dr Paradowski. Towarzystwo, którego siedziba: Instytut ks. Lubomirskiego, Warszawa, Smolna 8, liczy 41 członków i to warszawskich 28, z innych miast Królestwa Polskiego 13.